

# 問診表(初診用)

モザイクこどもクリニック

ふりがな 氏名			男 女	生年 月日	H R	年 月 日 ( 歳 ヲ月)		
住所	〒							
電話番号	( )			( )				
来院時体温	. °C		体重	kg				
本日来院された症状で当てはまるものがあれば□に☑をつけてください <input type="checkbox"/> 肌のぶつぶつ <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息が苦しそう <input type="checkbox"/> 喘鳴(ゼイゼイ) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 頭痛						★お薬の希望 粉薬・シロップ・錠剤 ★解熱剤の処方 不要・要(飲み薬・坐薬) ★インフルエンザ検査は希望 する・しない (発熱後12時間たってからの検査をお勧めしております)		
その他の痛み								
その他の相談								
現在 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校に通っている / 通っていない 施設名(任意):								